

Violence conjugale pendant la grossesse : recension des écrits

Conjugal violence during pregnancy: a literature review

Violencia conyugal durante el embarazo: censo de escritos

Louise Séguin, Michel Pimont, Maryse Rinfret-Raynor et Solange Cantin

Volume 25, numéro 1, printemps 2000

Les désastres naturels

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/013035ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/013035ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (imprimé)

1708-3923 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Séguin, L., Pimont, M., Rinfret-Raynor, M. & Cantin, S. (2000). Violence conjugale pendant la grossesse : recension des écrits. *Santé mentale au Québec*, 25(1), 288–312. <https://doi.org/10.7202/013035ar>

Résumé de l'article

La violence conjugale est un problème complexe dont l'ampleur et les conséquences sont de mieux en mieux documentées. Parmi les multiples facettes du phénomène, son occurrence pendant la grossesse suscite des inquiétudes particulières. Cet article fait le point sur les écrits scientifiques portant sur cette question. Après avoir traité de la prévalence de la violence conjugale pendant la grossesse, il rend compte des principales études qui ont analysé les facteurs associés à cette violence et de celles qui se sont intéressées à ses conséquences pour la mère et pour le bébé. L'article conclut que les informations actuelles, quoique partielles, sont suffisantes pour justifier le dépistage le plus hâtif possible de la présence de violence conjugale afin de venir en aide aux futures mères de façon appropriée.



Violence conjugale pendant la grossesse : recension des écrits

Louise Séguin*

Michelle Pimont**

Maryse Rinfret-Raynor***

Solange Cantin****

La violence conjugale est un problème complexe dont l'ampleur et les conséquences sont de mieux en mieux documentées. Parmi les multiples facettes du phénomène, son occurrence pendant la grossesse suscite des inquiétudes particulières. Cet article fait le point sur les écrits scientifiques portant sur cette question. Après avoir traité de la prévalence de la violence conjugale pendant la grossesse, il rend compte des principales études qui ont analysé les facteurs associés à cette violence et de celles qui se sont intéressées à ses conséquences pour la mère et pour le bébé. L'article conclut que les informations actuelles, quoique partielles, sont suffisantes pour justifier le dépistage le plus hâtif possible de la présence de violence conjugale afin de venir en aide aux futures mères de façon appropriée.

La violence exercée envers les femmes par leur conjoint est demeurée un phénomène quasi invisible jusqu'au milieu des années 1970, période à partir de laquelle les efforts se sont multipliés pour dénoncer et documenter cette réalité. Au Canada et au Québec, les chiffres les plus fiables dont nous disposons sur l'étendue du problème proviennent de Statistique Canada. Une enquête menée en 1993 a révélé que 29 % des Canadiennes et 25 % des Québécoises de 18 ans et plus vivant ou ayant déjà vécu avec un conjoint ont déjà subi de sa part de la violence physique ou sexuelle (Statistique Canada, 1993 ; Rodgers, 1994). De son côté, afin d'établir la prévalence annuelle de la violence envers les conjointes, Santé Québec a conduit une étude exploratoire auprès de 1822 femmes mariées ou vivant en union libre lors de son Enquête sociale et

* Professeure titulaire au Département de médecine sociale et préventive de l'Université de Montréal.

** Médecin psychiatre spécialisée en santé publique.

*** Professeure titulaire à l'École de service social de l'Université de Montréal.

**** Coordinatrice de l'équipe Victoire au Centre de recherche interdisciplinaire sur la violence familiale et la violence faite aux femmes.

de santé de 1992-1993¹. Bien que les données obtenues ne puissent être généralisées à l'ensemble de la population, 6 % des femmes interrogées ont déclaré avoir vécu au moins un geste de violence physique de la part de leur partenaire au cours des 12 mois précédents, 1,2 % de la violence sexuelle et 58,3 % de la violence verbale ou symbolique (Riou et al., 1996).

Cette violence affecte plusieurs aspects de la vie des femmes et de leurs enfants. Parmi les multiples facettes du problème, la présence de la violence conjugale en cours de grossesse suscite des inquiétudes particulières. Bien que les recherches sur le sujet soient relativement récentes, il apparaîtrait néanmoins que la grossesse, pour un nombre non négligeable de femmes, serait très éloignée de « cet état idyllique, quelque peu romancé » que l'on décrit parfois. Les données les plus actuelles tendent en effet à démontrer que la violence de la part du conjoint au cours de cette période toucherait plus de femmes que les problèmes d'hypertension, de diabète gestationnel ou autres complications prénatales majeures (Bohn, 1990; Fildes et al., 1992; Campbell et al., 1992). En raison de nombreuses difficultés méthodologiques, il est difficile actuellement de se faire une idée juste de l'ampleur de la violence conjugale parmi l'ensemble des femmes enceintes, ainsi que des facteurs qui y sont associés et des conséquences de cette violence sur la santé des futures mères et de leur bébé. À partir des principales études parues ces dernières années, nous proposons une revue des écrits afin de faire le point sur l'état des connaissances dans ce domaine de recherche.

La prévalence de la violence conjugale pendant la grossesse

Des travaux récents se sont donné comme objectif principal de mesurer l'ampleur des actes de violence physique infligés aux femmes enceintes. Cependant, les résultats expriment des variations telles qu'il est difficile de comparer les fréquences obtenues d'une étude à l'autre. Du fait de la complexité même du sujet, il n'y a pas consensus entre chercheurs quant à la définition du problème et aux modalités de mesure. Par ailleurs, l'évaluation est rendue plus délicate encore, si l'on considère certaines études où la prévalence de la violence chez les femmes enceintes est établie quel que soit l'abuseur (conjoint ou étranger) ou sans qu'il y ait toujours délimitation précise de la période de grossesse pendant laquelle les observations ont été recueillies.

Études réalisées au début de la grossesse

En 1985, Hillard étudiait une population de 742 femmes suivies pour leur grossesse dans une clinique universitaire d'un milieu semi-

rural des États-Unis. Sur la base d'une entrevue unique effectuée face à face et réalisée pour toutes les participantes lors de leur première visite (13 semaines de grossesse ou plus), la dimension physique de la violence a été mesurée à partir d'un questionnaire conçu en deux étapes. Seules les femmes qui répondaient par l'affirmative à une première question explorant la prévalence de la violence en général étaient invitées à poursuivre plus avant l'entretien sur des points concernant l'apparition d'abus pendant la grossesse, l'identité de l'abuseur, la localisation des sévices, un recours médical ou spécialisé éventuel. Parmi les participantes, 10,9 % (81/742) rapportent avoir subi de la violence à un moment ou l'autre de leur vie et 3,9 % (29/742) signalent avoir subi des abus de la part du conjoint ou d'une autre personne pendant la grossesse actuelle. On note que cette proportion s'élève à 4,3 %, une fois pris en compte les cas révélés par la révision des dossiers médicaux après l'accouchement. Pour l'ensemble des femmes violentées de l'échantillon, le conjoint est le plus souvent en cause puisque seulement 1 % (8/742) des participantes indiquent que les gestes violents ont été posés par une personne autre que le partenaire. De toutes les répondantes concernées, il s'agit dans ces cas des plus jeunes d'entre elles.

Les résultats de cette étude suggèrent une sous-estimation du risque de violence conjugale pendant la grossesse, puisque la grande majorité des victimes a été interviewée en début de grossesse, ce qui ne permet pas d'estimer la fréquence des comportements violents à l'encontre de la femme enceinte au cours de toute la période de la grossesse. Une deuxième remarque, toujours en faveur de la sous-estimation des fréquences, concerne la procédure adoptée dans la collecte des données. Le questionnaire utilisait une première question filtre très générale sur la violence subie et il est probable qu'une seule question exploratoire sur la violence ne permet pas le dépistage de toutes les victimes. Outre la subjectivité des interprétations de la part des répondantes, les prévalences seraient plus élevées lorsque le questionnaire comporte plusieurs items explorant les comportements violents de façon spécifique (Smith, 1987 ; Campbell et al., 1992).

Le même problème se pose pour d'autres études relatives à la violence chez la femme enceinte dans lesquelles se retrouvent des modalités de mesures similaires. C'est ainsi que Sampselle et al. (1992) soumettent à leur échantillon lors de la première visite prénatale un questionnaire autoadministré dont les questions très largement formulées portent sur les abus physiques, psychologiques et sexuels. Leur échantillon est composé de femmes ayant une scolarité et un revenu élevés et seules 0,9 % d'entre elles ont signalé la présence de

violence durant la grossesse. Dans cette étude, la prévalence de la violence conjugale comme telle pendant la grossesse ne peut être établie puisque le partenaire en tant qu'abuseur n'a pas été clairement identifié.

Études réalisées vers le milieu de la grossesse

Stewart et Ceccutti (1993) ont mené leur enquête auprès de 548 femmes enceintes de la région torontoise, suivies en consultation prénatale de routine. Les participantes ont été recrutées à 20 semaines de grossesse ou plus et invitées à répondre à un questionnaire autoadministré. Leur âge moyen était de 29 ans et 30 % d'entre elles étaient en chômage ou recevaient de l'assistance sociale. Les renseignements spécifiques à la violence physique étaient obtenus à partir de 12 items élaborés par les chercheurs. Sur l'ensemble des répondantes, 6,6 % (36) révèlent la présence d'abus physiques de la part du partenaire ou autre, pendant la grossesse actuelle. La presque totalité de ces femmes, soit 97 % (35), identifient l'agresseur comme étant le conjoint ou l'ex-conjoint. Dans le plus grand nombre des cas, soit 86,1 % (31), les agressions physiques s'accompagnent de violence psychologique ou verbale.

Certaines études ont investigué la violence conjugale pendant la grossesse à partir du protocole *March of Dimes* élaboré pour être utilisé dans le cadre de la prise en charge des femmes enceintes. Cet instrument évalue, en premier lieu, la prévalence de la violence physique en général, puis l'apparition d'abus en cours de grossesse, leur augmentation éventuelle pendant cette période, ainsi que le recours éventuel à une aide médicale. Outre ces quatre thèmes, on retrouve une composante qui permet de localiser les abus à partir d'une « carte corporelle » jointe au questionnaire (Gazmararian et al., 1996). Helton et al. (1987) ont mené leur recherche, selon ce protocole, auprès d'un échantillon de 290 femmes interrogées lors de leur suivi prénatal de routine. L'enquête se limitait à une entrevue unique conduite par une infirmière et réalisée pour la majorité des participantes (80 %) à plus de 5 mois de grossesse. Les participantes, d'origine multiethnique, étaient majoritairement mariées (70,6 %) et 58,3 % n'avaient complété qu'une formation de niveau secondaire. Sur l'ensemble des répondantes, 8 % (24/290) rapportent des conduites abusives de la part du partenaire au cours de la grossesse actuelle. Dans cette étude, là encore, on peut penser que les données sous-estiment les fréquences réelles quant à l'ensemble de la grossesse, puisque les femmes ont été questionnées en cours de grossesse. Soulignons par ailleurs que, pour la plupart des victimes (87 %), les comportements violents de la part du conjoint étaient présents avant la grossesse. Ces constatations retrouvées dans d'autres travaux (McFarlane,

1989; Campbell et al., 1992; Stewart et Ceccutti, 1993; Gielen et al., 1994; McFarlane et al., 1995) donnent à penser que la présence d'abus de la part du conjoint avant la grossesse est un élément de prédiction important d'un plus grand risque de violence conjugale au cours de cette période.

Selon une procédure similaire, Berenson et al. (1991) se sont intéressés à 501 femmes enceintes issues d'une population pluriethnique (28 % afro-américaine, 48 % caucasienne, 24 % hispanique) à faible risque de complications prénatales. Pour toutes les femmes, l'entrevue avait lieu au deuxième trimestre de la grossesse. Elle était conduite par le médecin de référence et se déroulait face à face. Parmi les participantes, 5,6 % (28/501) signalent des abus de la part du conjoint ou d'un autre, contemporains à la grossesse en cours. Dans la très grande majorité des cas, le partenaire est en cause. Dans cette étude, il s'avère que les femmes caucasiennes sont plus à risque d'être violentées que les femmes hispaniques ou afro-américaines. Les résultats de cette étude ont amené de nombreux commentaires, notamment sur la question du « biais culturel » évoqué par Torres (1993) selon lequel la violence pourrait être plus ou moins reconnue et dévoilée selon l'ethnie d'appartenance. L'autre point débattu concerne le moment de la grossesse où la mesure est effectuée. Si certains chercheurs voient une plus grande pertinence à mener leur enquête en fin de grossesse, Berenson et al. (1991) évoquent, pour leur part, l'intérêt d'un dépistage précoce de la violence permettant de prendre en compte les femmes à risque de fausse-couche ou de prématurité qui ne sont pas vues lorsqu'on attend la fin de la période normale de grossesse.

Pour leur part, Curry et al. (1998) ont utilisé le questionnaire *Abuse Assessment Screen* (AAS) qui a été validé auprès de plusieurs échantillons de femmes enceintes (McFarlane et al., 1992; Parker et al., 1994; Norton et al., 1995). Ce questionnaire est composé de cinq items permettant de déterminer la présence de mauvais traitements physiques et sexuels, leur fréquence et leur gravité, l'identité de l'abuseur ainsi que la localisation des abus. La période de référence porte d'abord sur les douze derniers mois précédant l'interview pour ensuite se concentrer sur la période de la grossesse. La majorité des 1937 participantes d'origine multiethnique étaient « défavorisées » puisqu'admissibles au programme d'aide médicale *Medicaid*. Leur âge moyen était de 23 ans et un peu plus de la moitié (56 %) vivaient avec un conjoint. Des abus physiques durant la grossesse ont été rapportés par 10,5 % des répondantes alors que 25,7 % rapportaient des abus physiques au cours des 12 derniers mois.

Études réalisées au cours de la grossesse

McFarlane et al. (1995) ont mené leur étude auprès d'une cohorte stratifiée de 1203 femmes adultes et adolescentes enceintes, d'origine africaine (35 %), hispanique (34 %) et caucasienne (31 %) en utilisant le AAS. La quasi-totalité des participantes (94 %) avait des revenus sous le seuil de la pauvreté. Par le biais d'entrevues réalisées face à face à chacun des trimestres de la grossesse, l'observation a porté sur toute la durée de la grossesse. Les auteures estiment que 16 % (192) des participantes subissent des sévices pendant la grossesse alors que 12,6 % (151) en ont subi de la part du conjoint ou ex-conjoint. Ces estimations sont parmi les plus élevées qu'il soit donné de lire sur le sujet. La répétition des mesures plusieurs fois durant la grossesse, de même que les modalités d'évaluation sous forme d'entrevue plutôt que de questionnaire autoadministré, pourraient contribuer à donner des fréquences plus importantes (McFarlane et al., 1995 ; Campbell et al., 1992).

Études réalisées durant la grossesse et après l'accouchement

L'étude d'Amaro et al. (1990) comprenait deux entrevues réalisées par un interviewer en prénatal et en post-partum, ce qui permettait de couvrir toute la période de la grossesse. Parmi les 1243 participantes qui ont complété l'étude, 48 % avaient un faible revenu et 62 % vivaient seules. L'occurrence de violence physique ou sexuelle durant la grossesse a été rapportée par 7,4 % des femmes de l'étude.

Toujours selon le protocole *March of Dimes*, Campbell et al. (1992) rapportent des prévalences similaires à celles de l'étude de Helton et al. (1987). Ici, 488 nouvelles mères issues de milieux défavorisés ont été interviewées à l'hôpital 2 à 5 jours après la naissance par des enquêteurs formés. La prévalence de violence conjugale retrouvée au cours de la grossesse a été évaluée à 7 % du total de l'échantillon. On observe dans cette recherche une attrition marquée (taux de réponse de 60 %) qui a pu contribuer à minimiser les fréquences obtenues. Selon les auteures, il n'y avait cependant pas de différence significative, dans les profils observés, entre participantes et non participantes. Dans la moitié des cas environ, les refus étaient mis en lien avec la parturition (fatigue, visiteurs).

Enfin, deux études (Gielen et al., 1994 ; Stewart, 1994) se sont intéressées à la violence conjugale durant la grossesse et après la naissance. Gielen et al. (1994) ont proposé une étude prospective afin d'en examiner l'évolution chez des patientes suivies tout au long de leur grossesse puis en période postnatale. Sur un échantillon initial de 567 femmes enceintes, à prédominance afro-américaine et issues de

milieu défavorisé, 48 % (275) ont complété toutes les entrevues. Pendant la grossesse, les données ont été recueillies au moyen d'entrevues trimestrielles réalisées face à face, sur les lieux de consultation, tandis que six mois après l'accouchement, les participantes ont été contactées par téléphone. Ces auteurs ont retenu le *Conflict Tactic Scales* ou CTS (Straus, 1979) comme instrument de mesure. Celui-ci explore les modes de résolution de conflits entre partenaires. Les 20 items du questionnaire vont des conduites pacifiques aux conduites violentes modérées ou graves. Les résultats montrent que les femmes ayant subi des abus physiques modérés ou graves de la part du conjoint sont plus nombreuses en post-partum (19 %) que durant la grossesse (10 %). Des différences dans l'évolution de la violence apparaissent selon que l'abuseur serait ou non le partenaire : les victimes de mauvais traitements durant la grossesse sont plus à risque de subir de la violence après l'accouchement lorsque le partenaire est en cause. En outre, et toujours dans le cadre des relations conjugales, 17 % des femmes qui n'ont pas été violentées en cours de grossesse le sont après l'accouchement.

Lors d'un suivi de sa première étude, Stewart (1994) a cherché à déterminer si les femmes victimes de violence conjugale durant la grossesse l'étaient également en post-partum. Sur les 36 femmes ayant subi des abus physiques durant la grossesse, 30 ont accepté de poursuivre l'étude après l'accouchement. Les mesures ont porté en particulier sur le nombre d'incidents violents survenus au cours des 3 mois précédant la conception, à chaque trimestre de grossesse et dans les trois mois suivant l'accouchement. La fréquence moyenne des épisodes de violence est significativement plus importante durant les trois mois post-partum (2,2) qu'au cours de chacun des trimestres de la grossesse (1,4 à 1,1). Pour la quasi-totalité « des victimes du postnatal » (19/20), on retenait la présence de mauvais traitements dès le premier trimestre de la grossesse. Stewart soulève toutefois des réserves face à ces résultats, notamment en regard de la taille très restreinte de l'échantillon et de la sous-estimation possible quant aux abus survenus en cours de grossesse.

Études populationnelles réalisées après l'accouchement

D'autres études tentent d'obtenir des résultats plus représentatifs de la population des femmes enceintes. C'est le cas des études réalisées dans le cadre du PRAMS (Pregnancy Risk Assessment Monitoring System). En termes généraux, le PRAMS, en vigueur dans 13 États des États-Unis, est une unité de surveillance pour femmes enceintes qui évalue diverses

complications prénatales, dont le risque de violence conjugale dans sa dimension physique. Chaque mois et pour chacun des États participants, une cohorte stratifiée de 100 à 200 nouvelles mères est sélectionnée à partir des certificats de naissance. Un questionnaire leur est envoyé, par la poste, trois à six mois après la naissance. Les résultats rapportés par Gazmararian et al. (1995) concernent quatre États et 12 612 mères d'enfants nés entre 1990 et 1991. Pour l'ensemble de la cohorte, les prévalences de violence infligée par le partenaire dans l'année précédant l'accouchement étaient de l'ordre de 3,8 % à 6,9 % selon les États. Là encore, l'interprétation des données ne peut être que prudente. Le taux de réponse à ce questionnaire postal était de 71 % à 83 %. Le questionnaire portait sur toute l'année précédant l'accouchement sans qu'il soit possible d'établir clairement si les gestes violents ont été posés avant ou durant la grossesse. Il est donc difficile de statuer sur la fréquence des comportements violents pendant la grossesse même. De plus, les mesures réalisées à partir d'une seule question très largement formulée laissent libre cours à la subjectivité des répondantes. Enfin, cette enquête du PRAMS porte uniquement sur les naissances ; elle se limite donc aux femmes qui ont accouché et n'inclut pas les femmes dont la grossesse s'est terminée par un avortement ou une fausse-couche.

Récemment, Cokkinides et Coker (1998) ont fait état de résultats similaires pour l'enquête PRAMS de la Caroline du Sud dont le taux de réponse a été de 70,2 %. Parmi les 6 718 répondantes, 5,1 % ont déclaré avoir subi de la violence physique de la part de leur partenaire durant les 12 mois précédant leur accouchement.

Brève conclusion quant à la prévalence

La violence conjugale chez la femme enceinte est une réalité que les études expriment avec des variations parfois très importantes. Les taux de prévalence les plus élevés sont observés dans les recherches conçues sur la base de mesures répétées en cours de grossesse, d'entrevues détaillées réalisées face à face et dans lesquelles plusieurs questions explorent la présence de comportements violents. D'un autre côté, les estimations les plus faibles se retrouvent parmi les femmes de niveau socioéconomique plus élevé, recrutées dans les cliniques privées ou soumises en début de grossesse à un questionnaire autoadministré souvent présenté par une personne autre que le professionnel de référence. Tel que recommandé par de nombreux chercheurs, il est indispensable d'avoir recours à la standardisation des méthodes et des outils pour établir la prévalence de la violence conjugale pendant la grossesse (définitions, instruments de mesures, échantillonnage, etc.).

Facteurs associés à la violence conjugale en cours de grossesse

La plupart des travaux sur les facteurs associés à la violence durant la grossesse sont centrés sur les caractéristiques des futures mères, plus rarement sur celles du conjoint ou du contexte. Par ailleurs, les investigations ne portent en général que sur un petit nombre de victimes puisque les échantillons sont relativement restreints. Certains chercheurs (Hillard, 1985 ; Berenson et al., 1991) ont établi leur comparaison entre femmes enceintes non violentées et violentées sans que ne soit distinguées les périodes pendant lesquelles les abus ont eu lieu (avant ou pendant la grossesse?). À noter que d'autres limites existent quant à la validité même des groupes témoins. Ces groupes sont le plus souvent choisis parmi les femmes qui ne rapportent pas de comportements violents au cours de la grossesse actuelle bien qu'elles aient pu en avoir subi à d'autres périodes de leur vie. Comme déjà évoqué, une sous-estimation de la violence conjugale pendant la grossesse est en effet probable quand les témoignages reposent sur une question unique et formulée de façon générale (Smith, 1987 ; Berenson et al., 1991 ; Campbell et al., 1992 ; Gazmararian et al., 1995), ou que la période d'observation ne porte pas sur toute la durée de la grossesse (Helton, 1987 ; Berenson et al., 1991). Enfin, dernière remarque, il reste pour bon nombre de facteurs associés le problème de la séquence temporelle des événements selon laquelle la relation de cause à effet ne peut être établie.

Caractéristiques de la femme

Données sociodémographiques

L'âge, l'état matrimonial, l'origine ethnique, l'emploi, le niveau de scolarité et le revenu sont des facteurs très souvent mis en relation avec la violence conjugale durant la grossesse. Lorsqu'elles sont comparées aux femmes enceintes non abusées par leur conjoint, les victimes seraient souvent plus jeunes (Stewart et Ceccutti, 1993 ; Gielen et al., 1994 ; Gazmararian, 1995). Ce lien avec l'âge est à rapprocher des résultats de plusieurs études (Berenson et al., 1992 ; Parker, et al., 1993, 1994 ; Dye et al., 1995) qui ont montré une prévalence d'abus de la part du partenaire ou d'une autre personne en cours de grossesse significativement plus élevée chez les adolescentes que chez les femmes adultes. Il faut aussi rappeler que l'âge apparaît avec de plus en plus de constance comme un facteur déterminant de la violence dans les couples, que la femme soit enceinte ou non (Rinfret-Raynor et al., 1996).

Les observations à l'effet que les femmes violentées par leur conjoint durant la grossesse seraient plus fréquemment séparées,

divorcées ou vivant en union de fait (Amaro et al., 1990 ; Stewart et Ceccutti, 1993 ; MMWR, 1994), soulèvent la question du rôle protecteur que le mariage paraît jouer. Diverses hypothèses ont été avancées. Il est possible que les femmes mariées soient plus réticentes à rapporter les comportements violents de la part du conjoint, à moins qu'au contraire un statut marital bien établi ne rende plus facile la recherche d'un recours extérieur avant que la situation ne devienne trop critique (Webster et al., 1994). On peut surtout envisager le fait que la séparation ait pu provoquer ou exacerber les abus, ou encore que ce soit la violence elle-même qui ait conduit à la rupture (Rinfret-Raynor et al., 1996).

En ce qui concerne la scolarité, plus elle est élevée, moins la femme semble à risque de subir des abus physique de la part du conjoint en cours de grossesse (Hillard, 1985 ; Stewart et Ceccutti, 1993 ; MMWR, 1994). Ici, le rôle tampon de l'éducation dans la résolution des conflits est à mettre de l'avant, à moins et de façon tout aussi plausible que ces femmes n'aient développé un seuil de tolérance beaucoup plus bas à la violence qui leur est faite (Webster et al., 1994). Ce sont elles qui, selon Gelles (1988), sont sans doute le plus à même de rompre une relation abusive. D'autre part, l'association de la violence conjugale avec le jeune âge pourrait aussi créer un effet de confusion puisque les femmes plus scolarisées vivent leur grossesse à un âge plus avancé que celles qui sont moins scolarisées.

Du point de vue de l'origine ethnique, certaines études américaines semblent indiquer que les femmes d'origine caucasienne seraient plus à risque de violence conjugale durant la grossesse que les hispaniques ou les afro-américaines (McFarlane et al., 1995). Des analyses secondaires d'une enquête nationale américaine produisent des résultats soutenant l'hypothèse de différences ethnoculturelles importantes dans la dynamique et les caractéristiques de la violence pendant la grossesse (Jasinski et Kantor, 1997).

Un faible revenu et l'absence d'emploi sont aussi parmi les caractéristiques associées à la violence conjugale pendant la grossesse (Stewart et Ceccutti, 1993). Le lien avec le statut économique apparaît d'autant plus marqué que les ressources financières se situent en deçà du seuil de pauvreté défini ici par l'admissibilité au programme américain d'aide médicale (Hillard, 1985). Sur ce point, Campbell et al. (1992) rapportent une corrélation significative entre la fréquence des sévices infligés par le conjoint pendant la grossesse et des variables telles que les problèmes de logement et le manque de certaines facilités matérielles. Cependant, d'autres recherches constatent que les différences dans les profils sociodémographiques ne sont pas significatives entre les

échantillons de femmes enceintes non violentées et violentées par leur partenaire en cours de grossesse (Helton et al., 1987 ; Campbell et al., 1992). Dans ces cas, on peut penser que les populations à l'étude étaient relativement homogènes, à moins que des variables d'un autre ordre n'aient été aussi à prendre en compte.

Données obstétricales

Plusieurs auteurs se sont intéressés à la violence conjugale durant la grossesse en relation avec des variables telles que le nombre de grossesses (gravidité), le nombre de naissances (parité), la planification de la grossesse ou encore l'adéquation du suivi prénatal. Dans deux études (Hillard, 1985 ; Berenson et al., 1991), les résultats montrent de manière significative une plus grande gravidité et parité chez les femmes enceintes victimes de violence conjugale (abus antérieurs ou contemporains à la grossesse actuelle). Ces observations sur la gravidité pourraient être comparées à celles d'Amaro et al. (1990) selon lesquelles il y aurait davantage d'avortements sélectifs parmi les femmes abusées en cours de grossesse que chez celles du groupe témoin.

Un retard dans l'initiation du suivi prénatal serait également associé à la violence conjugale durant la grossesse (Hillard, 1985 ; Campbell et al., 1992 ; McFarlane et al., 1992 ; Gazmararian et al., 1995 ; Taggart et Mattson, 1996). Selon McFarlane et al. (1992), les femmes violentées par leur conjoint en période gestationnelle sont deux fois plus susceptibles de consulter pour la première fois au dernier trimestre de grossesse comparativement aux femmes non violentées. Les auteurs suspectent ici une forme de coercition exercée par le partenaire dans le but de mieux cacher ou contrôler la situation. Dans une étude menée auprès d'une population pluriethnique de femmes enceintes, Taggart et Mattson (1996) rapportent que les victimes de violence durant la grossesse se présentent en moyenne 6,5 semaines plus tard à leur première visite prénatale que les non-victimes, indépendamment de l'origine ethnique. Plus de la moitié des femmes incriminent les abus pour justifier leur retard dans l'utilisation des services. Cependant, plusieurs autres variables jugées déterminantes dans l'instauration du suivi prénatal (niveau de revenu, facilités de transport, etc.) n'ont pas été prises en compte.

Une grossesse non désirée au sein d'une relation de couple est considérée comme un stress supplémentaire à vivre qui, en certaines circonstances, peut être à l'origine d'un risque accru d'abus de la part du conjoint (Gazmararian et al., 1995). Dans l'étude de Stewart et Ceccutti (1993) sur les femmes canadiennes, le risque est trois fois plus élevé

chez celles dont la grossesse n'est pas planifiée (89 % des femmes enceintes victimes se retrouvent dans cette situation contre 30 % des autres). Des résultats presque du même ordre ont été recueillis par Gazmararian et al. (1995) auprès d'un échantillon américain qui démontre, de plus, une association plus marquée entre la grossesse actuelle non planifiée et la violence chez les femmes enceintes les mieux nanties au plan social (éducation, conditions de logement). Plusieurs hypothèses ont été avancées pour expliquer cette association. Tout d'abord, la pertinence de l'interaction entre violence physique, intention de grossesse et statut social ; la possibilité que les femmes les plus avantagées et dont la grossesse est désirée rapportent moins facilement des traitements qui seraient perçus de façon encore plus inacceptable dans ce type de milieu ; enfin, le fait que parmi la population défavorisée l'intention de grossesse ne soit qu'une variable parmi d'autres qui influence peu une fréquence déjà élevée de violence physique.

Habitudes de vie

La consommation de drogues et d'alcool ainsi que le tabagisme sont parmi les habitudes de vie régulièrement explorées en relation avec la violence conjugale pendant la grossesse. Les participantes de l'étude d'Amaro et al. (1990) ont été questionnées sur le moment (avant et durant la grossesse) et la fréquence de leur consommation de cigarettes, alcool, marijuana, cocaïne et autres drogues illicites. Les résultats montrent que les victimes de violence par un partenaire ou autre pendant la grossesse sont 2,5 fois plus à risque d'être de grandes consommatrices d'alcool ou de drogues illégales. Dans une recherche récente, on retrouve avec une plus grande fréquence chez les victimes que chez les non-victimes l'utilisation de plusieurs substances avant et pendant la grossesse. De même, on note que les femmes abusées ont plus tendance que les autres à poursuivre leur consommation en période gestationnelle (Martin et al., 1996). De leur côté, Campbell et al. (1992) rapportent que les pourcentages d'abus de drogues et d'alcool sont significativement plus élevés dans le groupe des femmes violentées par leur partenaire durant la grossesse en cours que dans les deux autres groupes de comparaison (violence subie d'une personne autre que le partenaire pendant la grossesse, et violence subie du partenaire avant la grossesse).

Dans tous ces travaux, se pose le problème de la séquence temporelle, qui ne peut être établie à partir des seules données disponibles. Il est possible que le recours aux drogues et à l'alcool soit une conséquence de la violence vécue, et représente pour la femme violentée une forme d'automédication à visée antidépressive, à moins qu'il ne soit le

« marqueur » d'un certain type d'environnement propice à l'éclosion de comportements violents. D'après les témoignages recueillis par Stewart et Ceccutti (1993) auprès des victimes, on retrouve la notion que beaucoup d'épisodes violents entre partenaires surviendraient quand l'un ou l'autre est sous l'emprise d'alcool ou de drogues. Bien que la consommation de ces substances n'ait pas valeur explicative ni justificative en soi, il reste que leur effet désinhibiteur peut néanmoins contribuer à augmenter les risques de comportements agressifs.

Caractéristiques du partenaire

On ne retrouve pas d'étude sur la violence conjugale pendant la grossesse qui ait été menée directement auprès du partenaire. Le plus souvent, les données concernent les femmes enceintes et très superficiellement l'abuseur. Sur ce point, Gielen et al. (1994) soutiennent la thèse selon laquelle les conflits interpersonnels seraient davantage associés aux caractéristiques du conjoint et du couple qu'à celles des victimes.

Le jeune âge du partenaire et du couple en général serait lié à un plus grand risque de violence subie par les femmes avant ou pendant la grossesse (Gelles, 1988 ; Dye et al., 1995). De leur côté, Gielen et al. (1994) montrent que les épisodes de violence modérée ou grave (subis avant ou pendant la grossesse) sont rapportés plus fréquemment par les victimes dont le partenaire prend des drogues (78 % versus 33 %). Selon Amaro et al. (1990), le risque de violence pendant la grossesse serait deux fois plus grand dans le cas de consommation de drogues multiples (alcool, stupéfiants) par l'abuseur (partenaire ou autre). On doit reconnaître que le lien entre la violence conjugale en général et la consommation d'alcool ou de drogues par l'agresseur est bien établi (Rodgers, 1994 et Riou et al., 1996). Le débat reste cependant ouvert sur la question de savoir jusqu'à quel point l'usage de drogues favorise la violence, représente la justification sociale et culturelle du comportement agressif ou encore puisse être l'expression tangible d'un élément tiers qui serait causal (Amaro et al., 1990).

Facteurs sociaux et environnementaux

Soutien social

Campbell et al. (1992), en investigant l'aide tangible reçue des parents, des amis ou d'autres, montrent que les femmes violentées par leur partenaire durant la grossesse reçoivent moins d'aide de la part de la famille et comptent moins de personnes auxquelles avoir recours, que

celles dont l'abuseur est autre que le partenaire ou encore que les femmes victimes de violence conjugale avant la grossesse actuelle. Gielen et al. (1994) ont mesuré le soutien social en explorant quatre dimensions : 1) le soutien émotionnel apporté par la famille et les amis, 2) l'aide instrumentale potentielle, 3) l'existence d'un confident et 4) la nature de sa relation avec la victime. Ce sont les femmes qui se sentent le mieux entourées par leurs proches, celles qui reçoivent le plus de soutien émotionnel, qui ont le moins de risque de subir de la violence de la part de leur conjoint avant ou pendant la grossesse. Il ne semble pas y avoir d'association entre aide instrumentale et violence conjugale. Par contre, la présence d'un confident apparaît un facteur protecteur significatif. Que l'isolement social soit la cause ou la conséquence de la violence ne peut être établi sur la base des données disponibles. Cependant, le retentissement négatif du manque de soutien social sur le déroulement de la grossesse a été bien documenté (Campbell et al., 1992 ; Newberger et al., 1992). De plus, selon Campbell et al. (1992), la situation d'isolement augmente la difficulté pour la femme victime, en contexte conjugal ou autre, de se soustraire à son milieu.

Environnement social

O'Campo et ses collègues (1995) ont conduit des travaux dans le cadre plus large de l'environnemental social et de son influence sur la violence conjugale pendant la grossesse. Dans cette perspective, elles ont analysé certaines caractéristiques individuelles des victimes en relation avec des variables décrivant la qualité du voisinage dans lequel ces dernières résidaient. L'échantillon à l'étude était constitué de 182 femmes enceintes défavorisées, recrutées en milieu urbain, pour lesquelles les actes de violence subie par le partenaire en cours de grossesse ont été mesurés par le *Conflict Tactics Scale* (CTS). Sur le plan individuel, sont considérés, outre les principales données sociodémographiques, le soutien social et la consommation de drogues par le partenaire. Pour le voisinage, quatre indicateurs sont mis de l'avant : le revenu per capita, le taux de criminalité, le taux de chômage et enfin le ratio propriétaire-locataire. Les résultats montrent que les risques associés aux facteurs individuels sont modifiés lorsque les variables relatives au voisinage sont prises en compte. C'est ainsi que le rôle protecteur d'un âge plus avancé est réduit de 21 % et que le risque en lien avec la toxicomanie chez le partenaire diminue de 41 % lorsque l'on tient également compte des caractéristiques du voisinage dans lequel vivent ces femmes durant leur grossesse. De même, l'absence de confident perd sa valeur de prédiction des abus. On retient également dans cette étude que le risque de subir de la violence infligée par le conjoint

pour les femmes blanches en cours de grossesse devient neuf fois plus important que pour les afro-américaines. Enfin et de façon générale, les taux d'abus de la part du partenaire pendant la grossesse apparaissent les plus élevés pour les résidentes des quartiers les plus défavorisés.

Les auteures soulèvent des réserves quant à l'interprétation des résultats, notamment en regard de variables telles que l'origine ethnique ou encore la consommation de drogues par le partenaire, puisque les analyses portaient sur des échantillons relativement restreints. En dépit des limites, ce type de recherche souligne néanmoins la pertinence de la prise en compte de l'environnement social qui peut apporter d'autres éléments de compréhension des comportements individuels. De plus, on rejoint sous certains aspects la notion appuyée par différents auteurs (MMWR, 1994 ; Campbell et al., 1992 ; Gazmararian et al., 1995) selon laquelle les femmes victimes de violence conjugale contemporaine à la grossesse sont celles qui, comparées aux témoins, connaîtraient les conditions de vie les plus stressantes.

Brève conclusion sur les facteurs associés à la violence conjugale pendant la grossesse

La nature la plus souvent descriptive des recherches ne permet pas d'établir la séquence des interactions (liens de causalité, réciprocité, etc.) et les seuls facteurs identifiés sont ceux pour lesquels on dispose de données suffisantes. Presque tous concernent les caractéristiques maternelles, alors que bien d'autres éléments concernant particulièrement le partenaire lui-même et le contexte social mériteraient d'être analysés.

Conséquences

Les effets négatifs de la violence conjugale sur la santé physique et mentale de la future mère et de son bébé sont clairement suggérés dans beaucoup d'études, mais restent encore le plus souvent à démontrer. De nombreux mécanismes sont en jeu, à commencer par la signification très subjective que peuvent prendre pour la femme enceinte les comportements violents de son partenaire (Newberger et al., 1992). L'interprétation causale entre les manifestations cliniques observées et la violence conjugale en cours de grossesse n'est pas toujours possible, en l'absence de données comme la localisation, le moment où la violence a eu lieu et la gravité des abus (Newberger et al., 1992). Par ailleurs, il est probable que les comportements violents affectent le déroulement et l'issue de la grossesse en combinaison avec d'autres facteurs (Heise, 1994) qui, à leur tour, influent sur le devenir maternel et foetal.

Aujourd'hui encore, très peu d'études (McFarlane et al., 1996) proposent des analyses capables de prendre en compte la pluralité des éléments qui entourent la question de la violence conjugale pendant la grossesse et de ses conséquences pour la mère et pour l'enfant.

Pour la mère

Du point de vue de la santé physique, plusieurs auteurs montrent qu'un nombre non négligeable de victimes de violence conjugale utilisent des services de santé pendant la grossesse en rapport avec les abus infligés par le partenaire (Hillard, 1995 ; Berenson et al., 1991 ; McFarlane et al., 1995 ; Webster et al., 1994, 1996). Dans certaines de ces études, la nature traumatique des problèmes est décrite : lésions des téguments, lésions d'organes, fractures, symptômes gynécologiques, etc. (Hillard, 1985 ; Newberger et al., 1992 ; King et al., 1993 ; Stewart, 1994 ; Webster et al., 1994). Les abus physiques infligés à la femme enceinte par le partenaire peuvent revêtir un caractère extrêmement violent. Des données relativement récentes (Dannenberg et al., 1995) évaluent à 16 % (12/77) la proportion de morts maternelles par homicide conjugal.

Parmi les conséquences pour la santé physique autres que traumatiques, McFarlane et al. (1996) relèvent chez les femmes violentées en période gestationnelle un moindre gain de poids pendant la grossesse (< 15 livres), ainsi qu'une plus grande propension aux infections urinaires et à l'anémie. De leur côté, Berenson et al. (1994) montrent deux fois plus de risques d'infection (chorioamniotite) chez les patientes victimes de violence en cours de grossesse que chez les témoins. Dans cette étude, le lien entre comportements violents et infection est discuté plus en fonction du mode de vie des futures mères que d'un mécanisme direct, envisageable cependant dans le cadre de relations sexuelles forcées (Heise, 1994). D'une certaine façon, les effets indirects de la violence conjugale sont abordés ici en regard du rôle dommageable sur la grossesse de certains facteurs associés aux abus (notamment jeune âge, pauvreté, consommation de drogues et d'alcool, tabagisme). Selon cette perspective, il serait possible d'interpréter les plaintes somatiques (maux de tête, fatigue, insomnie) relevées plus souvent chez les femmes violentées par leur conjoint en cours de grossesse que chez les autres femmes enceintes (Stewart et Cecutti, 1993) comme l'expression du stress (Dye et al., 1995) ou d'une dépression sous-jacente (Stewart, 1994).

C'est la santé dans sa composante émotionnelle qui semble avoir été le plus souvent étudiée en relation avec la violence conjugale

pendant la grossesse. Pour les femmes abusées en période pré et postnatale, Stewart (1994) rapporte des scores significativement plus élevés au *General Health Questionnaire* (mesure de détresse psychologique) que chez les témoins, avec notamment deux fois plus de risques de présenter une pathologie psychiatrique. De leur côté, Campbell et al. (1992) trouvent, après examen de plusieurs variables, que la violence conjugale pendant la grossesse présente une forte corrélation avec la dépression et l'anxiété. En comparant les femmes enceintes non violentées et les femmes enceintes victimes de la violence de leur conjoint avant ou pendant la grossesse, Hillard (1985) montre chez ces dernières plus de troubles affectifs, de traitements psychotropes, de dépression graves et d'hospitalisations spécialisées. Les résultats de Webster et al. (1996) corroborent aussi ces études et montrent que les patientes violentées par leur partenaire en cours de grossesse consomment significativement plus d'antidépresseurs que les femmes pour lesquelles les abus étaient antérieurs à cette période et que celles qui n'ont jamais été violentées.

Le stress et la dépression auraient des effets biologiques directs sur la croissance du fœtus, tout comme ils pourraient conduire la future mère à l'adoption de comportements préjudiciables au déroulement de la grossesse (Newberger et al., 1992). Ces syndromes seraient, avec la diminution de l'estime de soi et le sentiment de culpabilité, des facteurs consécutifs aux abus qui augmenteraient chez les victimes le risque d'isolement et diminueraient leur capacité à rechercher un recours extérieur, professionnel ou autre (Newberger et al., 1992). On pourrait rapprocher de cette thèse le retard à l'initiation du suivi prénatal tel que décrit par plusieurs auteures et interprétés par certaines comme une conséquence directe de la violence conjugale subie durant la grossesse (Campbell et al., 1992; McFarlane et al., 1992; Taggart et Mattson, 1996).

Ces observations et commentaires touchant le groupe particulier des femmes enceintes rejoignent les informations disponibles quant aux effets négatifs de la violence sur la santé physique et mentale de l'ensemble des femmes victimes de violence conjugale au Québec, ou à l'utilisation plus importante des services par ces femmes comparativement aux femmes non victimes (Chénard et al., 1990; Kérouac et al., 1994; Riou et al., 1996).

Pour le bébé

Durant une grossesse, le fœtus subit aussi la violence faite à la future mère. Cependant, les conséquences de cette violence sur la santé

du bébé ont été très peu étudiées et ne sont pas encore identifiées clairement. Les études qui se sont penchées sur cet aspect ne disposaient pas en général d'échantillons suffisants pour tirer des conclusions solides.

En période prénatale, Hillard (1985) ne trouve pas de différence significative en termes de mort fœtale ou d'avortement spontané selon qu'on considère les femmes victimes de violence conjugale contemporaine à la grossesse ou celles ayant subi de la violence dans le passé. Cependant, l'auteure, analysant certains cas, rapporte quelques témoignages cliniques en faveur d'un lien direct entre un plus grand risque de morbidité ou de mortalité fœtales et la violence conjugale durant la grossesse. On rapprochera de ces observations deux diagnostics de décollement placentaire d'origine traumatique posés chez des femmes frappées par leur conjoint, au niveau de l'abdomen, pendant le dernier trimestre de grossesse. Secondairement à l'agression, la mort du fœtus a été rapportée (Ribes et al., 1993). Pour leur part, Berenson et al. (1994) montrent deux fois plus de risques d'accouchement prématuré chez les femmes battues par leur partenaire en cours de grossesse que chez les témoins. L'appréciation du risque demeure identique, même après contrôle des principaux facteurs confondants (âge, origine ethnique, état matrimonial, emploi, consommation de drogues, parité, antécédents de prématurité, gain de poids, anémie et suivi prénatal). Ils n'observent cependant pas une augmentation du taux de prématurité et soulèvent à ce sujet les réserves d'usage, compte tenu de la taille restreinte de leur échantillon. Ils évoquent toutefois la possibilité d'un mécanisme direct entre abus et déclenchement prématuré du travail. De même, Webster et al. (1996) suggèrent une tendance générale à plus de complications fœtales (hospitalisations relatives à la grossesse, fausses-couches, enfants mort-nés) chez les femmes violentées par leur partenaire avant ou pendant la grossesse, et davantage quand les épisodes violents sont graves. Dans cette dernière étude, les réserves portent sur l'absence de contrôle pour les facteurs confondants et sur l'évaluation de la gravité de conduites agressives établie à partir d'indices indirects seulement.

Pour le poids de naissance, certains auteurs (Hillard, 1985 ; Amaro et al., 1990 ; Berenson et al., 1994) ne rapportent pas de différence entre les nouveau-nés de mères violentées ou non violentées par leur conjoint en cours de grossesse. À l'inverse, McFarlane et al. (1996) démontrent un risque significativement accru de petits poids à la naissance chez les enfants des mères ayant subi de la violence conjugale pendant leur grossesse, même après contrôle des principaux facteurs confondants définis par le *Institute of Medicine*. En général, les poids moyens à la

naissance les plus bas sont d'abord observés chez les patientes agressées pendant leur grossesse, puis chez celles ayant subi des abus dans l'année précédant la période gestationnelle. On note, pour chaque groupe ethnique, une proportion de nouveau-nés de petits poids (< 2500 gr) plus importante chez les victimes de violence conjugale pendant leur grossesse (14,2 %) que chez les témoins (8,6 %). Enfin, les résultats semblent montrer une relation entre insuffisance pondérale à la naissance et degré de gravité ainsi que chronicité des abus. D'une part, ce sont les mères de race blanche victimes des conduites les plus graves qui ont les bébés de plus petit poids. D'autre part, les femmes pour lesquelles les épisodes de violence prévalent dès le début de la grossesse donnent naissance à des enfants de poids significativement plus bas que celles ayant été violentées par leur partenaire tardivement au cours de la grossesse. En ce qui concerne d'autres aspects de la santé du nouveau-né, Berenson et al. (1994) ne rapportent pas de différence entre les bébés de mères victimes de violence conjugale pendant la grossesse et les autres, pour des variables telles que le score d'Apgar, la mortalité, les admissions en soins intensifs, la survenue d'infections ou de convulsions. À l'inverse, les résultats de Dye et al. (1996) suggèrent un plus grand nombre de problèmes néonataux chez les bébés nés de mères violentées pendant leur grossesse puisqu'ils ont plus souvent une hospitalisation prolongée au-delà du séjour maternel.

Après la naissance, de plus en plus de recherches établissent un lien entre la résolution violente des conflits entre parents et les mauvais traitements à l'égard de l'enfant (McKernan-McKay, 1994 ; McCloskey et al., 1995 ; Santé Québec, 1996 ; Wilson et al., 1996). Il ne s'agit pas là, à proprement parler, d'une conséquence de la violence conjugale durant la grossesse, mais plutôt de la continuité d'un mode de relation violent.

Conclusion

Les indications tirées des diverses études qui se sont intéressées à la présence de violence conjugale pendant la période de la grossesse sont assez nombreuses pour que l'on puisse affirmer que cette violence n'est pas rare et qu'elle a des conséquences néfastes sur la santé de la mère et sur celle du bébé. Les informations actuelles suffisent donc amplement à justifier le dépistage le plus hâtif possible de la présence de violence conjugale chez les femmes enceintes et le développement d'interventions concertées qui peuvent véritablement avoir un impact positif sur la sécurité de la future mère et de son bébé.

Sur cette question, le repérage des écrits réalisé pour cette recension montre que plusieurs problèmes sont liés à la recherche. Les taux

de prévalence avancés jusqu'à maintenant sont sujets à de nombreuses limites méthodologiques. Ces limites sont liées aux échantillons restreints, aux instruments de mesure utilisés, aux méthodes et au moment de collecte de données et aux analyses trop souvent partielles, ainsi qu'à l'absence d'une perspective théorique assez large pour permettre une compréhension adéquate du phénomène. À ces difficultés qu'il faut travailler à résoudre pour obtenir des résultats valides, s'ajoutent les nombreux enjeux d'ordre éthique, les plus importants, étant que les investigations aient possiblement un impact sur l'augmentation de la violence et sur la détérioration de l'état psychologique de la mère.

Répetons que l'absence de certitude quant au véritable taux de prévalence de la violence conjugale durant la grossesse et quant à la gravité de ses conséquences ne doit pas justifier l'inaction et le manque de sensibilité au problème, car ce que nous en savons est amplement suffisant pour justifier toute action visant le dépistage et l'aide aux femmes enceintes, aux jeunes mères et à leurs enfants. Pour développer des stratégies d'interventions préventives pertinentes et efficaces, il faudrait cependant d'autres études fondées sur une perspective théorique élargie qui permettent de mieux appréhender ce phénomène dans toute sa complexité.

Note

1. À la suite de cette étude exploratoire, Santé Québec a intégré dans son Enquête sociale et de santé de 1998 une enquête spéciale sur les conduites violentes envers les conjointes.

RÉFÉRENCES

- AMARO, H., FRIED, L. E., CABRAL, H., ZUCKERMAN, B., 1990, Violence during pregnancy and substance use, *American Journal of Public Health*, 80, 5, 575-579.
- BERENSON, A. B., WIEMANN, C. M., WILKINSON, G. S., 1994, Perinatal morbidity associated with violence experienced by pregnant women, *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 170, 1760-1769.
- BERENSON, A. B., SAN MIGUEL, V. V., WILKINSON, G., 1992, Prevalence of physical and sexual assaults in pregnant adolescents, *Journal of Adolescent Health*, 13, 466-469.
- Berenson, A. B., Stiglich, N. J., Wilkinson, G. S., Anderson, G. D., 1991, Drug abuse and other risk factors for physical abuse in pregnancy among white non-Hispanic, black and Hispanic women, *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 164, 6, 1491-1499.

- BOHN, D. K., 1990, Domestic violence and pregnancy. Implications for practice, *Journal of Nurse-Midwifery*, 35, 2, 86-98.
- CAMPBELL, J. C., POLAND, M., WALLER, J., AGER, J., 1992, Correlates of battering during pregnancy, *Research in Nursing and Health*, 15, 219-226.
- CHÉNARD, L., CADRIN, H., LOISELLE, J., 1990, *État de santé des femmes et des enfants victimes de violence conjugale*, Département de santé communautaire, Rimouski.
- COKKINIDES, V. E., COKER, A. L., 1998, Experiencing physical violence during pregnancy: prevalence and correlates, *Family Community Health*, 20, 4, 19-37.
- CURRY, M.A., PERRIN, N., WALL, E., 1998, Effects of abuse on maternal complications and birth weight in adult and adolescent women, *Obstetrics and Gynecology*, 92, 530-534.
- DANNENBERG, A. L., CARTER, D. M., LAWSON, H. W., ASHTON, D. M., DORFMAN, S. F., GRAHAM, E. H., 1995, Homicide and other injuries as causes of maternal death in New York City, 1987 through 1991, *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 172, 5, 1557-1564.
- DYE, T. D., TOLLIVERT, N. J., LEE R. V., KENNEY C. J., 1995, Violence, pregnancy and birth outcomes in Appalachia, *Paediatric and Perinatal Epidemiology*, 9, 35-47.
- FILDES, J., REED, L., JONES, N., MARTIN M., BARRETT J., 1992, Trauma: the leading cause of maternal death, *The Journal of Trauma*, 32, 643-645.
- GAZMARARIAN, J. A., LAZORICK, S., SPITZ, A. M., BALLARD, T. J., SALTZMAN, L. E., MARKS, J. S., 1996, Prevalence of women against pregnant women, *JAMA*, 275, 1915-1925.
- GAZMARARIAN, J. A., ADAMS, M. M., SALTZMAN, L. E., JOHNSON C. H., BRUCE F. C., MARKS J. S., ZAHNISER S. C., 1995, The relationship between pregnancy intendedness and physical violence in mothers of newborns, *Obstetrics and Gynecology*, 85, 1031-1038.
- GELLES R., 1988, Violence and pregnancy: are pregnant women at greater risk of abuse?, *Journal of Marriage and the Family*, 50, 841-847.
- GELLES R., 1975, Violence and pregnancy: a note on the extent of the problem and needed services, *Family Coordinator*, 24, 81-86.
- GIELEN, C. A., O'CAMPO, P. J., FADEN, R.R., KASS, N. E., XUE, X., 1994, Interpersonal conflict and physical violence during the childbearing year, *Social Science and Medicine*, 39, 781-787.

- HEISE L. L., 1994, Gender-based violence and women's reproductive health, *International Journal of Gynecology and Obstetric*, 46, 221-229.
- HELTON, A. S., MCFARLANE, J., ANDERSON, ET, 1987, Battered and pregnant : a prevalence study, *American Journal of Public Health*, 77, 10, 1337- 1339.
- HELTON, A. S., 1987, *March of Dimes Protocol of Care for Battered Women, White Plains*, N Y, March of Dimes.
- HILLARD, P. J. A., 1985, Physical abuse in pregnancy, *Obstetrics and Gynecology*, 66, 185-190.
- JASINSKI, J. L., KAUFMAN KANTOR, G., 1997, *Pregnancy and Wife Assaults : Prevalence, Severity, and Onset in a National Sample*, communication présentée en juillet 1997 à la 5^e Conférence internationale sur la recherche en violence familiale, à Dunham au New Hampshire.
- KÉROUAC, S., TAGGART, M. E., 1994, Portrait de la santé de femmes aux prises avec la violence conjugale, in Rinfret-Raynor, M., Cantin, S., eds, *Violence conjugale, Recherches sur la violence faite aux femmes en milieu conjugal*, Gaëtan Morin éditeur, Boucherville, 97-111.
- KING, M. C., TORRES, S., CAMPBELL, D., RYAN, J., SHERIDAN, D., ULRICH, Y., SMITH MCKENNA, L., 1993, Violence and abuse of women : a perinatal health care issue, *AWHONN's Clinical Issues*, 4, 163-172.
- MACLEOD, L., 1980, *Les femmes battues au Canada : un cercle vicieux*, Ottawa, Conseil consultatif canadien de la situation de la femme.
- MARTIN, S. L., ENGLISH, K. T., ANDERSEN, C.K., CILENTI, D., KUPPER, L. L., 1996, Violence and Substance use among North Carolina pregnant women, *American Journal of Public Health*, 86, 7, 991-998.
- MCCLOSKEY, L. A., FIGUEREDO, A.J., KOSS, M. P., 1995, The effect of systemic family violence on children's mental health, *Child Development*, 66, 1239-1261.
- MCFARLANE, J., 1989, Battering during pregnancy. Tip of an iceberg revealed, *Women and Health*, 15, 3, 69-84.
- MCFARLANE, J., PARKER, B., SOEKEN, K., BULLOCK, L., 1992, Assessing for abuse during pregnancy. Severity and frequency of injuries and associated entry into prenatal care, *JAMA*, 267, 23, 3176-3178.
- MCFARLANE, J., PARKER, B., SOEKEN, K., 1995, Abuse during pregnancy : frequency, severity, perpetrator and risk factors of homicide, *Public Health Nursing*, 12, 5, 284-289.
- MCFARLANE, J., PARKER, B., SOEKEN, K., 1996, Abuse during pregnancy : associations with maternal health and infant birth weight, *Nursing Research*, 45, 1, 37-42.

- MCKERNAN-MCKAY, M., 1994, The link between domestic violence and abuse : assessment and treatment considerations, *Child Welfare*, LXXIII, 29-39.
- MMWR, 1994, Physical violence during the 12 months preceding childbirth - Alaska, Maine, Oklahoma and West Virginia, 1990 - 1991, *Jama.*, 271, 1152-1153.
- NEWBERGER, E. H., BARKAN, S. E., LIEBERMAN, E. S., MCCORMICK, M. C., YLLO, K., GARY, L. T., SCHECHTER, S., 1992, Abuse of pregnant women and adverse birth outcome. Current knowledge and implications for practice, *JAMA*, 267, 17, 2370-2372.
- NORTON, L. B., PEIPERT, J. F., ZIERLER, S., LIMA B., HUME L., 1995, Battering In Pregnancy : An Assessment Of Two Screening Methods, *Obstetrics and Gynecology*, 85, 321- 325.
- O'CAMPO, P, GIELEN, A. C., FADEN, R. R., XUE X., KASS N., WANG M. C., 1995, Violence by male partners against women during the childbearing year. A contextual analysis, *American Journal of Public Health*, 85, 1092-1097.
- PARKER, B., MCFARLANE, J., SOEKEN, K., 1994, Abuse during pregnancy : effects on maternal complications and birth weight in adult and teenage women, *Obstetrics and Gynecology*, 84, 323-328.
- PARKER, B., MCFARLANE, J., SOEKEN, K., TORRES, S., CAMPBELL, D., 1993, Physical and emotional abuse in pregnancy : a comparison of adult and teenage women, *Nursing Research*, 42, 3, 173-178.
- RIBES, J. K., TEGGATZ, J. R., HARVEY, C.M., 1993, Blows to maternal abdomen causing fetal demise : report of three cases and review of the literature, *Journal of Forensic Sciences*, 38, 1092-1096.
- RIOU, D. A., CHAMBERLAND, C., RINFRET-RAYNOR, M., 1996, Conduites à caractère violent à l'endroit des conjointes, in Santé Québec ; Lavallée, C., Clarkson, M., Chénard, L., éd., *Conduites à caractère violent dans la résolution de conflits entre proches*, Monographie n° 2, Enquête sociale et de santé 1992-1993, Montréal, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Gouvernement du Québec, 77-134.
- RINFRET-RAYNOR, M., OUELLET, F., CANTIN, S., CLÉMENT, M., 1996, Unis pour le meilleur, mais surtout pour le pire : la violence conjugale, *Interface*, 17, 5, 29-37.
- RODGERS, K., 1994, Résultats d'une enquête nationale sur l'agression contre la conjointe, *Juristat*, 14, 9, 1-21.
- SAMPSELLE, C. M., PETERSON, B. A., MURLAND, T. L., 1992, Prevalence of abuse among pregnant women choosing certified nurse-midwife or physician providers, *Journal of Nurse-Midwifery*, 37, 269-273.

- SANTÉ QUÉBEC, LAVALLÉE C., CLARKSON M., CHÉNARD, L., 1996, *Conduites à caractère violent dans la résolution de conflits entre proches*, Monographie n° 2, Enquête sociale et de santé 1992-1993, Montréal, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Gouvernement du Québec.
- SMITH, M. D., 1987, The incidence and prevalence of woman abuse in Toronto, *Violence and Victims*, 2, 173-187.
- STATISTIQUE CANADA, 1993, L'enquête sur la violence envers les femmes, *Le Quotidien*, 1-11, novembre.
- STEWART, D E., 1994, Incidence of postpartum abuse in women with a history of abuse during pregnancy, *Canadian Medical Association Journal*, 151, 1601-1604.
- STEWART, D. E., CECCUTTI, A., 1993, Physical abuse in pregnancy, *Canadian Medical Association Journal*, 149, 1257-1263.
- STRAUS, M A., 1979, Measuring intrafamily conflict and violence: the Conflict Tactics Scales (CTS), *Journal of Marriage and the Family*, 41, 75-88.
- TAGGART, L., MATTSON, S., 1996, Delay in prenatal care as a result of battering in pregnancy: cross cultural implications, *Health Care for Women International*, 17, 25-34.
- TORRES, S., 1993, Nursing care of low-income battered Hispanic pregnant women, *AWHONN's Clinical Issues*, 4, 416-423.
- WEBSTER, J., CHANDLER, J., BATTISTUTTA, D., 1996, Pregnancy outcomes and health care use: effects of abuse, *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 174, 760-767.
- WEBSTER, J., SWEETT, S., STOLZ, T. A., 1994, Domestic violence in pregnancy. A prevalence study, *The Medical Journal of Australia*, 161, 466-470.
- WILSON, L. M., REID, A. J., MIDMER, D.K., BIRINGER A., CARROLL J. C., STEWART D. E., 1996, Antenatal psychosocial risk factors associated with adverse postpartum family outcomes, *Canadian Medical Association Journal*, 156, 785-799.

ABSTRACT

Conjugal violence during pregnancy : a literature review

Conjugal violence is a complicated issue which scope and consequences are increasingly documented. Among the many facets of the phenomenon, its occurrence during pregnancy is particularly worrisome. This article reviews the scientific literature pertaining to this issue. After establishing the prevalence of conjugal violence during

pregnancy, the authors examine the major studies analyzing factors associated with this violence as well as its consequences for the mother and the infant. The article concludes that the current informations, although partial, are sufficient to justify early detection of conjugal violence in order to help future mothers efficiently.

RESUMEN

Violencia conyugal durante el embarazo: censo de escritos

La violencia conyugale es un problema complejo cuya amplitud y las consecuencias están cada vez mejor documentadas. Entre las múltiples facetas del fenómeno, su ocurrencia durante el embarazo suscita inquietudes particulares. Este artículo pone el acento en los escritos científicos que abordan esta cuestión. Después de haber tratado de la prevalencia de la violencia conyugal durante el embarazo, el artículo rinde cuentas de los principales estudios que han analizado los factores asociados a esta violencia y de los que se han interesado a sus consecuencias para la madre y para el bebé. El artículo concluye que las informaciones actuales, aunque parciales, son suficientes para justificar la identificación prematura de la presencia de violencia conyugal con el fin de ayudar apropiadamente a las futuras madres.